

Pour adhérer à MG France :

1. Envoyez le bulletin ci-dessous à **MG France 13 Rue Fernand Léger 75020 Paris**.
2. Vous recevrez en retour une carte d'adhérent et les coordonnées de votre syndicat départemental. MG France étant une fédération de syndicats départementaux, 44 % de votre cotisation sera reversée à votre syndicat départemental.
3. Dès réception, vous serez contacté(e) par votre équipe de proximité.



Bulletin d'adhésion 2018

Pour donner encore plus de force et de moyens à MG France, j'adhère:



Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____ Téléphone : _____

RPPS : _____ Mail : _____

Année de naissance : _____ Année de première installation : _____

Je choisis la cotisation simple : Adhésion MGF

● Je choisis de payer en une seule fois et j'envoie un chèque (à l'ordre de MG France)

250 € cotisation pleine

120 € cotisation réduite : Installé(e) depuis moins de 2 ans ou remplaçant(e)

● Je choisis de payer par prélèvement mensuel*

21 € cotisation pleine

10 € cotisation réduite : Installé(e) depuis moins de 2 ans ou remplaçant(e)

Je joins l'autorisation de prélèvement

Je choisis la Cotisation Plus : Adhésion MGF + Responsabilité Civile

Professionnelle et Protection Juridique à tarif préférentiel (auprès d'AXA)

Cotisation pleine par prélèvement mensuel d'une valeur de 44 € (21+23) *

Cotisation jeune ou remplaçant (2 ans) prélèvement mensuel d'une valeur de 33 € (10+23) *

Je joins l'autorisation de prélèvement je joins le contrat d'adhésion RCP signé

Je souhaite soutenir MG France sans adhérer

140 €

Date

Cachet et Signature

* Formulaire d'autorisation de prélèvement ci-joint

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Ce document est à compléter et à renvoyer daté et signé, accompagné d'un RIB comportant les mentions BIC – IBAN à l'adresse suivante :

MG France
13 rue Fernand Léger
75020 PARIS

Date de prélèvement : 25 du mois

Intitulé de compte :

Mandat de prélèvement SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la société MG France à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MG France. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez signée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
• sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Référence Unique Mandat : RUM (Réservé au créancier)

Paiement : Récurrent

Form with fields for Titulaire du compte à débiter (Nom Prénom, Adresse, Code postal, Ville, Pays) and ICS/Identifiant Créancier SEPA (MG France, 13 rue Fernand Léger, 75020 PARIS).

BIC : [grid]

IBAN : [grid]

Veillez compléter tous les champs (*) du mandat, joindre un RIB ou RICE, puis adresser l'ensemble au créancier

Le (*) :

à (*) :

Les informations contenues dans le présent mandat sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Signature (*)

QUESTIONNAIRE D'ASSURANCE / BULLETIN D'ADHESION
Réservé aux Adhérents de MG France ayant opté pour la « Cotisation Plus »

**RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE / EXPLOITATION
ET PROTECTION JURIDIQUE**

Le présent document a pour objet de déterminer les conditions d'adhésion aux contrats d'assurance de Responsabilité Civile Professionnelle / Exploitation et Protection Juridique.

Nous vous remercions de bien vouloir renseigner toutes les rubriques de ce document et de nous faire part de toute demande complémentaire afin de prendre en compte vos besoins d'assurance de Responsabilité Civile & Protection Juridique.

PROPOSANT

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : _____
Adresse professionnelle : _____

Téléphone : _____ Fax : _____
e-mail : _____

STATUT

Praticien libéral SCM SCP SEL
Autres : _____
Année d'installation « en libéral » : _____

SOUSCRIPTEUR

MG France
13, rue Fernand Léger
75020 PARIS
www.mgfrance.org

ASSUREUR

AXA France IARD
313 Terrasses de l'Arche
92727 Nanterre Cedex

COURTIER

GRAS SAVOYE
Immeuble Quai 33
33, quai de Dion-Bouton – CS 70001
92814 Puteaux Cedex
Contact :

Service MG France
Tél. 01 41 43 60 48
Fax : 01 41 43 69 28

Mail : medecins.mg@grassavoie.com

ACTIVITES ASSUREES

La garantie est acquise dans le cadre de toutes les activités qui relèvent de la profession de médecin généraliste y compris dans le cadre de toute mission d'expertise, dans leur fonction de correspondant d'hémovigilance et/ou toute autre fonction similaire liée à l'exercice de la profession, dans leur fonction arbitrale confiée par la chambre de médiation et d'arbitrage du Conseil National de l'Ordre des Médecins, dans le cadre de leur participation à des congrès et/ou séminaires, ainsi qu'en qualité d'enseignant.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Date d'effet souhaitée

Vos garanties prennent effet au plus tôt au lendemain de la date de réception du présent bulletin par MG France (le cachet de la poste faisant foi), qui doit être signé et obligatoirement accompagné d'un RIB et de l'autorisation de prélèvement pré remplie, **sous réserve que vous n'ayez pas déclaré plus d'un sinistre au cours des 5 dernières années.**

DATE D'ECHEANCE

31 Décembre de chaque année.

ANTECEDENTS SINISTRES (A COMPLETER OBLIGATOIREMENT)

1- Coordonnées de votre précédent assureur :

N° de police:

Date et motif de résiliation :

PREMIERE ASSURANCE ou AUCUNE ASSURANCE RCP EN COURS :

Je déclare sur l'honneur ne pas avoir connaissance, après enquête et au cours des 5 dernières années, de faits litigieux, de réclamations passées ou en cours, amiables ou judiciaires faites à mon endroit, ni d'évènements ou circonstances, intervenus, susceptibles d'engager ma responsabilité civile professionnelle.

2- Nombre de sinistres déclarés au titre de la Responsabilité Civile sur les 5 dernières années : 0 1 2 3 >3

Pour toute déclaration de sinistre faite auprès de votre précédent assureur sur les 5 dernières années, la statistique sinistre doit nous être communiquée.

3- Nature du sinistre Responsabilité Civile :

TARIFS ANNUELS 2018

COTISATION : 23 € PAR MOIS, PAR PRELEVEMENT (SOIT 276 € PAR AN)

Nous vous invitons également à nous faire part de toute exigence particulière.

Exigences particulières :

Bulletin à retourner à :

**MG France
13, rue Fernand Léger
75020 PARIS**

Accompagné :

- **d'un RIB**
- **d'une autorisation de prélèvement pré remplie**

Je soussigné(e), reconnais :

1. **ne pas avoir eu connaissance de réclamation au cours des 2 dernières années susceptible de mettre en jeu la garantie Responsabilité Civile de mon activité.**
2. **que toute réticence, toute omission, toute réponse ou déclaration inexacte de ma part peut entraîner l'application des sanctions prévues aux articles L 113.8 (nullité du contrat) et L 113.9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.**
3. **avoir reçu avant la signature du présent questionnaire d'assurance, conformément à l'article L 112.2 du Code des Assurances, un exemplaire de la notice d'information du Contrat Responsabilité Civile n° 4814760204 souscrit par MG France auprès de la compagnie AXA auquel je demande à adhérer par le présent questionnaire d'assurance.**
4. **être informé(e) que je recevrai une attestation d'adhésion au contrat sur laquelle est mentionnée la date d'effet des garanties.**

Je soussigné(e), certifie que les déclarations ou réponses faites aux questions figurant au présent document pour servir de base au contrat d'assurance sont conformes à la réalité.

Fait à, le

Cachet et Signature

« GRAS SAVOYE - Département GS MEDICAL »

En application de la loi "Informatique et Libertés" du 06/01/1978, nous vous informons que la communication des données à caractère personnel est obligatoire pour la prise en compte de votre adhésion et la gestion de votre contrat, et qu'elles seront utilisées pour ces seules finalités. Le défaut de réponse aura pour seule conséquence de ne pas nous permettre de prendre en compte votre adhésion. Les données collectées pourront être transmises à nos partenaires contractuels concourant à la gestion de votre contrat, à l'exclusion de tout transfert hors de la Communauté européenne. Nous nous engageons à prendre toutes précautions utiles afin de préserver la sécurité et la confidentialité de vos données dans les conditions prévues par la loi. Conformément à la loi précitée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données en vous adressant au responsable du traitement : GRAS SAVOYE – Immeuble Quai 33 – 33, quai de Dion-Bouton – CS 70001 – 92814 Puteaux Cedex – Société de courtage d'assurance et de réassurance. Siège Social : Immeuble Quai 33 – 33, quai de Dion-Bouton – CS 70001 – 92814 Puteaux Cedex. Tél. 01 41 43 50 00. Fax 01 41 43 55 55. <http://www.grassavoie.com>. Société par actions simplifiée au capital de 1 432 600 Euros. 311 248 637 RCS Nanterre. N° FR 61311248637. Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 001 707 (<http://orias.fr>). GRAS SAVOYE est soumis au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 9.